

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता उत्तर आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation <small>Budding Block of life.</small>	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K 1119/2028	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	8/11/2019	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :	HAMIDA BIBI	AGE-YEARS वय-वर्ष :	54	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कदुम का नाम :	MOHAR GAZI	SEX लिंग :	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जावासीम ठाक		UTTAR DEOIPUR, CHAMPATUKUR, NORTH 24 PARGANAS 743292, WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जावासीम ठाक		— AS ABOVE —		
OCCUPATION : अपना काम	HOUSEWIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वय	RS 1500 X 12 = 1800/-	(Attach Proof of Income) (वय का सबूत लाएं)		
PAN No. स्टार्ट जाता संख्या		Yes / No हाँ / नहीं		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दात हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगायें)		FAMILY DETAILS : परिवर्त विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	HAMIDA BIBI	54	F	SELF
2	ABDUL MOLLA	56	M	HUSBAND
3	SATIFUL MOLLA	28	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिनी अवधार				
EPL Card (Attach Card Copy) महिला रोजा के दीर्घ उपयोग पर (प्रयोग पर की जाना चाही धूम्रपान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मानव वय की उपयोग पर (उपयोग पर की जाना चाही सौन्दर्य की)	Ration Card (Attach Copy) उपयोग की उपयोग पर (उपयोग पर की जाना चाही सौन्दर्य की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता उत्तर लिए गए चिनी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्यायिक तथा जारी की गई आवेदन सूची विलेन			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् दाव प्रेरणा कर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के समुदाय का एवं चाही है। यह कोई विवाद एवं गवाह का वाला है।
 - 2) मैं दाव के साथ सही "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रहा हूं, उसका उपयोग मेरी उर्दू भाषा में जिसे विवाद करें, जो इस फॉर्म में आया गया है।
 - 3) मैं युक्त करता हूं कि मेरा साधारण हुआ यह अवधारणा की वाली है; इस कानून का अनुसार यह सकल क्रिया नियम नन्दा द्वेषितयोग्यता कानूनी से न हो सकती है और न ही अधिकार में होती है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाव कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्त कर अपने इच्छाकारी के बारे में यह कहता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन ने उसके जापानी में विवादित करता हूं कि ये वायर, फॉटो और यह भी विवाद इस प्राप्त करने के लिए, उसे "कोशिका" एवं उनके नाम, वाक्य/नाम सुने उद्देश्य से युक्त गोपीनवीर और उपलब्धिवार्य के लिए कियो जो उचार वायर में अनुसृत करने के लिए उपलब्ध है। ये प्राप्त करने के लिए वायर के वायर के बायर ने बायर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामका अधिकृत है।
- 2) मैं (अपरेंट) इस वायर के साथ हूं कि ये वायर, फॉटो और विवाद जो कि साधारण के बाहरन्तरों से प्राप्त हैं युक्त वायर, साधारण का इकायर जीव वायरा इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जापानी में विवाद अधिकृत और वायर कारी हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्थात् दाव के साथ के अन्तर्मुखी वायर के लिए



AGREEMENT by HOSPITAL (इच्छाकारी कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अधिकृत वायर की ओर साथोंपरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवादित वायर की ओर है, जिसे इन (इच्छाकारी) विवाद के बायर वायर करता है:

- 1) यह कि मेरे वायर की ओर साथोंपरी में विवादित वायर की ओर साथोंपरी वायर का विवाद अपने वायर की ओर साथोंपरी में सोने वायर से यही है, ये कि मेरे "कोशिका फाउंडेशन" से विवादित वायर की ओर साथोंपरी "कोशिका फाउंडेशन" द्वायर वायर है। यह कोशिका फाउंडेशन द्वायर वायर की ओर विवाद है जो वायर की ओर साथोंपरी की ओर साथोंपरी द्वायर की ओर वायर की ओर साथोंपरी द्वायर है। इस युक्ति में वायर की ओर विवाद है कि अन्यान्य वायर की ओर साथोंपरी की ओर साथोंपरी द्वायर की ओर वायर की ओर साथोंपरी की ओर वायर की ओर साथोंपरी है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही एवं साधारण की ओर विवाद द्वायर होती है। ये कि मेरे इच्छाकारी की ओर साथोंपरी की ओर साथोंपरी "कोशिका फाउंडेशन" द्वायर विवाद का वायर होती है। इसीसे वायर की ओर वायर की ओर विवाद होती है जो "कोशिका" की ओर साथोंपरी द्वायर वायर की ओर साथोंपरी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए सोचनुकी

Dr. Hem Shanker Nag
M.A.O., M.S. (OPHTH)
Reg. No.: 65658

(Name of Dr. Hem Shanker Nag with Stamp)
अवायर का वायर में उपलब्ध वायर की ओर

Smt. Sankar Bagchi

Director
Sankar Bagchi Eye Bank & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
वायर का वायर में उपलब्ध वायर की ओर साथोंपरी की ओर साथोंपरी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION मान्यान्य वायर की ओर

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी वायर की ओर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी वायर की ओर